EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR JUSTIN LEMAISTRE

PROFESSEUR D'ANATOMIE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES
CANDIDAT AU TITRE
DE MEMBRE CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

LIMOGES
BRÉGÉRAS ET SÈGUE
IMPRIMERIE, LIBRAIRIE, PAPETERIE
RUES MANIGNE, 18 ET DU VERDURIER, 5, 7 ET 9.

1907



NOTICE SUR LES TITRES

ET LES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR JUSTIN LEMAISTRE

NÉ A AIXE-SUR-VIENNE (HAUTE-VIENNE), LE 17 AVRIL 1847

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne lauréat de l'école de médecine de Limoges (*bis*).
Interne des hôpitaux de Paris (promotion de 1871).
Docteur en médecine de la faculté de Paris, 1875.
Chef des travaux histologiques à l'école de médecine de Limoges (avril 1875).
Chef des travaux anatomiques et physiologiques (1876 à 1879).
Professeur suppléant d'anatomie et de physiologie (1875 à 1884).
Professeur d'anatomie depuis 1884.

Membre de la Société anatomique de Paris, 1874.
Président de la Société médicale de la Haute-Vienne.
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris, 1897.
Chirurgien du service des enfants de l'hôpital de Limoges depuis 1879.

ENSEIGNEMENT

Cours d'histologie à l'école de médecine de Limoges, de 1875 à 1884.
Cours d'anatomie depuis 1884 (23 ans).



TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

A. — LA PERLÈCHE

De la perlèche, du *Streptococcus plicatilis.* — Imprimerie Ducourtieux, novembre 1885.
De la perlèche, *Journal de la Société médicale de la Haute-Vienne*, 1886.
De la perlèche, XIIIe Congrès international de médecine, Paris 1900 (section des maladies de l'enfance, p. 533).

La perlèche n'avait jamais été décrite avant l'étude que j'en ai faite en 1885. Certes, elle existait dans presque tous les pays, comme l'ont démontré les nombreux travaux qui, depuis cette époque, ont paru sur cette question; mais jamais aucun auteur n'en avait parlé. Cette affection a actuellement conquis sa place dans nos traités de pathologie interne et de dermatologie.

Cette maladie est caractérisée par la présence d'aphtes aux commissures des lèvres. Les enfants n'éprouvent en général aucune douleur; seulement une sensation de gêne, de cuisson, qui les force à se pourlécher les lèvres à tout moment; c'est de là, d'ailleurs, que vient le nom de cette maladie, qui porte dans le peuple le nom patois de *perlèche.* Comme les lèvres semblent bridées, on lui donne aussi le nom de *bridou*, de *poissonnade*, de *niarde.* Les deux commissures sont toujours malades. Les enfants y sont particulièrement sujets; les adultes en sont aussi affectés, mais plus rarement.

Dans cette maladie, l'épithélium des commissures est blanchâtre, macéré, se détache facilement. Ces modifications de l'épiderme se produisent aussi sur la surface cutanée qui entoure les commissures, ce qui permet de reconnaître

facilement les enfants malades. En général, les couches superficielles de l'épithélium sont seules atteintes, et le derme n'est pas dénudé. Dans certains cas, on observe de petites plaies en forme de fentes, placées au niveau des plis des



Fig. 1. — Période d'état.

commissures. Ces fentes, qui vont en rayonnant, atteignent le derme et provoquent de la douleur et de petites hémorragies lorsque l'enfant ouvre largement la bouche. Cette affection dure peu, quinze jours à un mois. Cependant, certains petits malades la gardent presque toute l'année; mais il est probable que c'est par suite d'inoculations successives. On peut, d'ailleurs, en être atteint plusieurs fois.

Cette affection est particulièrement contagieuse et se développe après que les enfants ont bu dans des vases malpropres, ou difficiles à entretenir dans de bonnes conditions de propreté, c'est-à-dire dans des seaux de bois ou de zinc et des cruches de grès.

Le goulot de la cruche et le godet de bois, dont se servent nos paysans pour puiser l'eau du seau, m'ont paru être les principaux agents de la contamination. Les buveurs, en effet, embrassent tout le goulot de la cruche avec leurs lèvres, ou les appliquent toujours sur la même partie de la circonférence du godet. Ces objets, n'étant jamais lavés, conservent toutes les impuretés des lèvres et les transmettent aux autres buveurs.

J'ai vu aussi dans une institution de petites filles une cruche de grès qui donnait la perlèche à tout le pensionnat.

Cette maladie ne peut guère être confondue qu'avec l'herpès labialis et les plaques muqueuses. Mais l'herpès siège habituellement sur le bord libre des lèvres et ses vésicules se montrent aussi bien sur la partie muqueuse que sur la partie cutanée de ce bord ; en outre, l'herpès est caractérisé par des vésicules qui n'existent jamais dans la perlèche, vésicules rarement placées aux commissures des lèvres. Les plaques muqueuses, dont l'ulcération est toujours précédée d'une papule grisâtre à contours nets, qui siège souvent aux commissures, pourraient causer des erreurs de diagnostic. Mais les plaques muqueuses s'ulcèrent facilement et occupent toujours en même temps d'autres parties de la cavité buccale.

Lorsque la perlèche va guérir, on voit la desquamation épithéliale diminuer peu à peu ; mais pendant un temps assez long, quinze jours à vingt jours, la

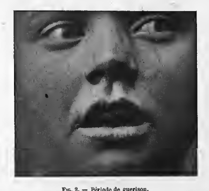


Fig. 2. — Période de guerison.

muqueuse du coin des lèvres reste blanchâtre et ne recouvre que peu à peu sa couleur rosée. Dans cet état, on ne trouve pas de *micrococci* et on ne peut pas féconder les bouillons avec les débris de ces cellules.

La perlèche est parasitaire, contagieuse et épidémique ; je crois l'avoir prouvé par des recherches bactériologiques que j'ai faites et qu'il serait trop long de rappeler ici.

J'ai découvert entre les cellules épithéliales et à leur intérieur une variété de

streptocoque, que j'ai nommé le *streptococcus plicatilis*, que j'ai cultivé et que je considère comme l'organisme pathogène de la perlèche. J'ai isolé ce microbe dans tous les cas de perlèche, sauf chez un enfant presque complètement guéri.

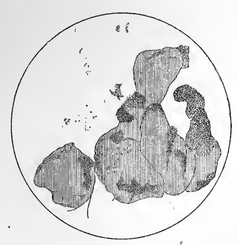


Fig. 3. — Microbes de la perlèche placés entre les cellules et dans l'intérieur des cellules épithéliales.

J'aurais pu arrêter ici mes recherches histologiques; mais j'étais persuadé que c'est par l'intermédiaire des seaux et des vases malpropres que la perlèche se communique et j'ai voulu m'en assurer. Grâce à une série de nouvelles recherches, je l'ai trouvé dans les ustensiles de ménage (seaux, cruches, godets) des maisons habitées par des enfants contaminés et jusque dans les fontaines et puits des régions où sévit la perlèche.

Voici, en somme, comment, d'après les expériences faites, les choses doivent se passer. On va voir qu'on tourne dans un cercle vicieux dont il est très difficile de rompre la circonférence.

Dans les eaux stagnantes, dans les fontaines et dans les puits infestés, vivent ces organismes sous la forme de *micrococci*. Puisés dans les seaux, dans les cruches; portés dans l'atmosphère plus chaude des cuisines, ils se développent et prennent la forme de chaînettes. Ils sont là dans les meilleures conditions de

développement, car jamais ces vases, surtout les seaux, ne sont lavés soigneusement. On se contente de les vider; mais les rainures du fond, les anfractuosités des parois ne sont jamais complètement privées d'eau et se transforment en véritables milieux de culture où se développent à loisir les infiniment petits. Quant au godet en bois, toujours humide, presque toujours ébréché, jamais lavé, où viennent se désaltérer toutes les personnes de la famille et aussi les étrangers, il sert à porter le microbe aux lèvres de l'enfant, ou à ensemencer le seau si le buveur a la perlèche, et plus tard la fontaine où le seau infesté ira puiser l'eau.

Mais pourquoi cet organisme choisit-il de préférence les commissures des lévres? C'est qu'il est anaérobie et qu'il ne peut se développer qu'à l'abri de l'air. Il ne peut se greffer sur les lévres toujours séchées par la respiration et soumises à de nombreux frottements. Dans la bouche, la salive alcaline nuit à son développement. Les commissures des lèvres, qui sont toujours humides, presque toujours privées d'air puisque les lèvres y sont, à de rares moments prés, toujours accolées, lui offrent un terrain où il peut se fixer. Il trouve là des cellules épithéliales auxquelles il emprunte les matiéres azotées dont il a besoin pour vivre et aussi des débris alimentaires qui, surtout chez les enfants mal soignés, s'y accumulent facilement.

Comme, malgré tout, ce microbe trouve là de mauvaises conditions d'existence, il se multiplie mal, ne pousse qu'exceptionnellement de longs filaments à chaînettes et se contente de fournir des sphéro-bactéries et quelques *diplococci*. C'est aussi à cela que nous devons de voir cette affectation disparaître facilement et n'avoir ordinairement qu'une durée de quelques semaines.

Cinq mille cinq cents enfants environ fréquentent les 32 établissements d'instruction primaire de notre ville : 312 sont atteints; la moyenne est donc de 1 enfant contaminé pour 17. Tous les établissements ne sont pas frappés dans les mêmes proportions, quelques-uns n'en présentent aucun cas, d'autres en ont un grand nombre. Ces derniers sont ceux qui, d'aprés leur situation, doivent recevoir les élèves des faubourgs éloignés où l'eau de la ville n'est pas distribuée, et dont les parents sont obligés d'user d'eau de puits, de pompes, de fontaines. Quoique les chiffres que je viens d'indiquer soient élevés, je suis persuadé qu'ils ne représentent qu'un minimum et qu'au printemps et aux époques chaudes de l'année la perlèche doit prendre une extension plus considérable.

Quels moyens employer pour mettre les enfants à l'abri de cette affection?

Il est facile de détruire la perlèche en touchant les commissures des lèvres avec du sulfate de cuivre, de l'alun.

L'acide borique que certains malades emploient contre la perlèche ne doit être d'aucune efficacité. En effet, le *streptococcus plicatilis* se développe avec une grande facilité dans les bouillons additionnés d'acide borique.

Cette maladie a d'ailleurs une tendance naturelle à guérir et les soins de propreté seuls suffisent dans la majorité des cas à la faire disparaître. Mais le mal revient parce que la cause d'infection persiste; parce que le seau, le grand coupable, est toujours ensemencé. C'est donc à lui qu'il faut s'adresser. Le meilleur moyen de le débarrasser des germes malfaisants est de le flamber avec quelques copeaux de bois. L'eau bouillante suffit, d'ailleurs, à détruire ces microcoques. Ces moyens, à la portée de tous, devront être employés dès qu'un cas de perlèche se déclarera dans une maison. Ils empêcheront certainement la contagion et arrêteront la propagation de cette maladie. Mais si les puits, les fontaines sont contaminés, on verra bientôt l'affection se reproduire. Il sera alors nécessaire de les nettoyer et même de les abandonner pendant quelques mois.

Nous faisons, dans ce travail, jouer un rôle important aux fontaines; mais il faut se rappeler que nous avons trouvé le *streptococcus plicatilis* dans l'eau de celles que nous avons examinées et, d'autre part, qu'un grand nombre des enfants interrogés ne boivent habituellement que de l'eau de fontaine.

Depuis ce travail, la perlèche a été retrouvée et étudiée, on peut dire, dans presque tous les pays du monde.

Rien n'a été changé à la description clinique que j'en ai faite; mais la bactériologie de cette affection a été l'objet de nombreuses discussions et la spécificité du *streptococcus plicatilis* dont j'avais fait l'agent unique de la perlèche n'a pas été acceptée par tous les auteurs.

Le Dr Paul Raymond a trouvé toujours, dans les examens histologiques qu'il fit, du *staphylococcus cereus albus* associé au staphylocoque doré.

MM. les Drs Malherbe et Guibert n'ont trouvé dans leurs préparations que du staphylocoque blanc.

René Planche a trouvé les staphylocoques dorés et il conclut que l'affection peut être produite par tous les microbes contenus dans la bouche.

Au XIIIe Congrès international de médecine à Paris, 1900, M. le Dr Eymeri fit une communication sur la perlèche; il avait étudié au point de vue bactériologique 50 cas de perlèche : dix-huit fois, il trouva le *staphylococcus aureus*,

trente fois l'*albus*. Deux fois, les cultures montrèrent un bacille court, mobile, se décolorant par le Gram; une fois, le *leptotrix buccalis*. De ces expériences il conclut que le staphylocoque albus est le microbe de la perlèche, mais qu'il est doué d'une virulence spéciale, supérieure à celle du même micro-organisme récolté par exemple sous les croûtelles de l'eczéma concomitant, évoluant chez le même sujet. Les conditions d'exaltation de cette virulence lui paraissent résider dans le siège même de la lésion : cutanéo-muqueuse dans un cas, exclusivement cutanée dans l'autre.

C'est alors que, me basant sur de nouvelles observations cliniques (Congrès de médecine international 1900, section de médecine infantile), je niai toutes ces analogies et affirmai à nouveau la spécificité de la perlèche et du *streptococcus plicatilis* isolé par moi.

En 1901, MM. Bureau et Fortineau (*Gazette hebdomadaire médicale et chirurgicale*, octobre 1901, « Recherches bactériologiques sur la perlèche »), ayant eu l'occasion d'observer une épidémie de perlèche, ont, dans tous les cas examinés, pu déceler et isoler le streptocoque. Sur les 38 examens qu'ils ont pratiqués, ils ont trouvé constamment ce micro-organisme, sauf dans un tube de gélose profonde, et huit fois il a fourni des cultures pures. Associés à ce streptocoque, ils ont trouvé dix-neuf fois le staphylocoque doré, trois fois le staphylocoque blanc, trois fois une sarcine. Ils ont retrouvé ce staphylocoque dans le gobelet d'un enfant. Aussi ils concluent que la perlèche est bien d'origine streptococcique; il est vrai qu'ils se sont toujours servi, comme moi, des cultures en bouillon et se sont mis dans les mêmes conditions d'expérience.

B. — PHLEGMON PÉRI-AMYGDALIEN

(*Association française pour l'avancement des sciences*, 1893.)

La loge amygdalienne peut être considérée comme une excavation fermée remplie, outre la glande, de tissu cellulaire. Le phlegmon se forme dans ce tissu. Le pus se collectionne à la partie supérieure de l'excavation et refoule en bas et en dedans l'amygdale qui paraît énorme.

Ces abcès peuvent s'ouvrir spontanément; mais comme ils sont très douloureux, il faut les ouvrir de bonne heure. J'ai remarqué que, dès que la collection purulente est formée, il se produit entre les fibres du pilier antérieur

(muscle glosso-staphylin) un léger écartement que l'on peut sentir avec le doigt et qui siège sur la partie oblique de ce pilier, à environ un demi-centimètre de son bord interne. Cet écartement, que l'on ne voit pas, est facilement senti

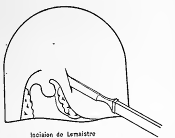


Fig. 4. — Figure empruntée au Traité du Dr Escat sur les maladies du rhino-pharynx.

avec la pulpe du doigt qui éprouve la sensation d'une boutonnière (signe de Justin Lemaistre).

La pression est d'ailleurs très douloureuse en ce point où l'on peut quelquefois sentir la fluctuation. On est toujours sûr de trouver le pus; mais il faut inciser profondément et ne pas se contenter d'une simple piqûre.

Dès que l'abcès est vidé, la plaie se cicatrise rapidement.

C. — DE L'ANGINE SUPERFICIELLE SCROFULEUSE CHRONIQUE

(*Thèse de doctorat;* Adrien Delahaye, éditeur.)

Lorsque j'ai publié ce travail, on s'était déjà beaucoup occupé des manifestations de la scrofule sur le pharynx; mais on n'avait guère étudié que les angines graves. Les manifestations bénignes avaient été presque totalement laissées de côté et les relations de ces angines avec les fosses nasales et l'appareil auditif étaient mal connues.

M'étant trouvé, en 1873 et 1874, à l'hôpital de la Pitié, chargé de diriger une consultation de maladies des oreilles, des fosses nasales et du pharynx, il me

fut permis d'observer un certain nombre de manifestations scrofuleuses de la gorge qui me semblèrent présenter un certain intérêt et dont je pus recueillir sept observations personnelles.

J'ai donné le nom d'angine superficielle scrofuleuse chronique à cette affection qui est caractérisée par la présence de croûtes sèches, dures, minces, sur la paroi postérieure du pharynx; au-dessous de ces croûtes, il n'y a pas d'ulcérations, mais simplement un gonflement de la muqueuse. Les symptômes fonctionnels manquent presque toujours. Il n'y a pas de phénomènes généraux.

Ce sont donc les signes locaux qui ont la plus grande importance. Lorsqu'on examine la gorge, on trouve la face inférieure du voile du palais, les amygdales et les piliers parfaitement sains; mais dès qu'on regarde la paroi postérieure du pharynx, on trouve des lésions très accentuées et différentes suivant qu'on l'examine dans la partie inférieure ou dans la partie supérieure.

La partie supérieure est recouverte de petites croûtes minces, sèches, brunes, recroquevillées sur leurs bords qui occupent toute la largeur de la face postérieure du pharynx. Ces croûtes s'arrêtent brusquement à l'endroit où le voile du palais vient s'appliquer dans les mouvements de déglutition, sur la paroi postérieure du pharynx. Elles forment à cet endroit une ligne nettement tracée. Au-dessous de cette ligne de démarcation, c'est-à-dire dans la partie inférieure du pharynx, on ne trouve plus de croûtes; mais la muqueuse pharyngée est rouge sombre, boursouflée et présente çà et là quelques rares granulations. Ces signes vont en diminuant à mesure qu'on approche des voies respiratoires inférieures.

On n'observe jamais de lésions laryngées: c'est la partie nasale du pharynx qui est le siège du mal. La partie postérieure du pharynx, la face supérieure du voile du palais, sont toujours et plus particulièrement atteintes; c'est là que l'inflammation se cantonne; c'est de là qu'elle s'irradie vers les fosses nasales; c'est là où elle persiste le plus longtemps et où, après un traitement prolongé, lorsque les lésions des fosses nasales ont disparu, on la retrouve encore.

Je n'hésite pas à ranger cette maladie dans le cadre des affections scrofuleuses, parce qu'elle ne se présente que chez les scrofuleux et qu'elle a la marche et les caractères des affections strumeuses.

Le traitement de cette maladie est long; il faut, en effet, par le traitement local (gargarismes, badigeonnages, insufflations, irrigations, douches, etc.), atteindre les parties malades et les modifier; mais encore il faut refaire la constitution par un traitement général antiscrofuleux.

Voici les conclusions que j'ai tirées de ce travail :

1° Il existe une angine superficielle scrofuleuse chronique ;

2° Cette affection, rare il est vrai, ne s'observe que sur des scrofuleux ;

3° Elle présente des caractères assez marqués pour qu'on ne puisse la confondre d'une part avec l'angine ulcéreuse, d'autre part avec les autres angines chroniques ;

4° Ses complications ne se portent que du côté des fosses nasales et n'atteignent pas la trompe d'Eustache.

D. — DE L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE CHEZ UN ENFANT DE SIX MOIS

(*Société de Chirurgie*, 1896.)

DE L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE

(*Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, n°s 23 et 24 — 1897.)

Après avoir fait l'opération de l'œsophagotomie externe sur un enfant de six mois et demi qui avait avalé une broche de 0m.03 de long sur 0m.01 de large, observation que j'ai communiquée à la *Société de Chirurgie* et qui fut l'objet d'un rapport fait par M. le Dr Broca, j'ai publié un travail aussi complet que possible sur cette opération de l'œsophagotomie externe pratiquée sur les enfants à la mamelle.

A en juger par le petit nombre d'observations que j'ai pu trouver, il est tout à fait exceptionnel de voir des corps étrangers s'arrêter dans l'œsophage des petits enfants et nécessiter l'opération de l'œsophagotomie pour en faire l'extraction.

Il s'agissait d'un enfant de six mois (né le 17 mai 1893), qui me fut conduit le 18 novembre de la même année. Il avait avalé une petite broche en plomb avec laquelle il jouait. Cette broche représentait une double marguerite et avait 3 centimètres (exactement 32 millimètres) de long sur 1 centimètre 1/2 de large et un contour très irrégulier (voir figure 5). L'enfant fut pris aussitôt d'étouffements, d'envies de vomir et devint violacé comme s'il allait asphyxier. Puis les accidents formidables du début s'étant calmés, un docteur passa une sonde dans l'arrière-gorge sans y trouver rien d'anormal. Il crut alors que la broche avait été rejetée ; mais on ne put la trouver nulle part.

Les jours suivants l'enfant devint souffreteux, tétait mal, avalait difficilement, dépérissait ; mais on espérait toujours que le corps étranger avait été rejeté parce que rien ne signalait sa présence du côté de l'œsophage. Enfin, au douzième jour, l'état de l'enfant devenant précaire, on me le conduisit.

En examinant l'enfant, fort pour son âge, il me fut impossible de sentir le corps étranger par la palpation du cou qui était court et gros. (La radioscopie n'était pas encore connue.)

En introduisant le doigt par la bouche dans le pharynx, je sentis tout au bout, plus loin que le cartilage cricoïde, quelques aspérités dures que je rapportai à la présence du corps étranger. J'essayai alors de le saisir avec une pince, mais inutilement. Je jugeai dangereux de renouveler mes tentatives : étant données les aspérités de la broche et la durée relativement longue de son séjour, je craignais qu'elles n'eussent pénétré dans l'œsophage et de déchirer celles-ci en tirant sur le corps étranger. Je résolus donc d'extraire celui-ci en pratiquant l'œsophagotomie externe.

Ce n'est que le 2 décembre que je pus faire l'opération.

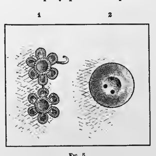


Fig. 5.

1. La broche présente un petit crochet qui, lorsqu'elle fut avalée, était heureusement rabattu sur elle et maintenait l'épingle de la broche. — 2. Le bouton extrait par Schramm.

L'enfant étant chloroformé et les incisions nécessaires faites au-dessous du cartilage cricoïde, je sentis avec le doigt le corps étranger. Je mis à nu l'œsophage dans l'étendue de ce corps, qui me servit de conducteur. L'œsophage, que je trouvai à environ quatre centimètres de profondeur, était aminci, distendu par la broche ; mais en aucun point je ne trouvai ni ulcération, ni inflammation de voisinage. Je l'incisai dans l'étendue de deux centimètres environ au niveau de

l'extrémité supérieure du corps étranger, que je saisis avec une pince et que je fis sortir facilement du conduit alimentaire. La broche se présentait par sa tranche, la face antérieure tournée en avant, élargissant considérablement l'œsophage qui n'a à cet âge que sept millimètres de largeur, tandis que la broche avait un centimètre et demi de large.

L'œsophage revenu sur lui-même avait l'aspect d'un gros ver de terre aplati; je fis deux points de suture au catgut, comprenant toute l'épaisseur de la paroi de l'œsophage. Hémostase facile, n'ayant ouvert en route qu'une artériole, que je pinçai et liai ensuite.

Drainage avec une bande de gaze iodoformée que j'amenai dans l'angle inférieur de la plaie. Deux points de suture d'argent à la partie supérieure. Pansement légèrement compressif avec la gaze iodoformée et l'ouate hydrophile.

Aussitôt après l'opération, qui avait duré une vingtaine de minutes, l'enfant se réveilla, mais ne commença à téter que le soir. Malgré mes instances et un froid très vif, la mère retourna le jour même avec l'enfant dans son pays.

L'enfant eut un peu de fièvre le premier et le deuxième jour. Le lendemain, le lait s'écoulait par la plaie en assez grande quantité; mais dès le troisième et le quatrième jour l'écoulement diminuait et, le 8 décembre, il s'en écoulait à peine par la plaie du cou. Le 13, l'écoulement du lait avait cessé; la réunion profonde s'était opérée.

A partir de ce moment, deux ou trois jours suffirent pour que la cicatrisation fût complète.

J'ai revu l'opéré le 15 août 1896; il avait 3 ans et 4 mois; c'était un enfant vigoureux, mangeant de tout sans aucune gêne.

On voyait au cou une cicatrice linéaire un peu large, blanche, d'environ 7 centimètres de long. Elle s'était allongée avec le cou. La peau n'était pas adhérente aux couches sous-jacentes et l'on n'y sentait aucune induration.

En repassant les particularités intéressantes de ce fait, nous voyons d'abord un jeune enfant de six mois avaler une broche de 3 centimètres de long et de 1 centimètre 1/2 de large dans des circonstances telles qu'on a pu rester douze jours à croire qu'il n'y avait aucun corps étranger dans l'œsophage. Cette incertitude s'explique si on se rappelle les accidents formidables du début et le calme presque complet qui est survenu au bout de quelques minutes : ceci dû d'abord à la présence du corps étranger dans le pharynx qu'il irritait et du larynx qu'il comprimait, et qui tous deux protestaient à leur façon

contre son intrusion, jusqu'au moment où il fut logé dans l'œsophage, beaucoup plus tolérant pour les corps étrangers.

La tolérance de l'œsophage pour les corps étrangers est assurément considérable, si nous tenons compte du long séjour de la broche chez notre petit malade sans qu'elle ait amené aucun accident. Dans les cas signalés chez les enfants et traités par l'œsophagotomie qui ont été recueillis par Schramm, de Lemberg, aucun corps n'était aussi volumineux et aucun enfant aussi jeune. Le plus jeune après le nôtre était précisément celui opéré par Schramm, âgé d'un an, et le corps étranger qu'il avait avalé était un bouton en porcelaine rond, de 2 centimètres de diamètre et 1/2 centimètre d'épaisseur; il était, du reste, lisse et paraît avoir été assez bien toléré par l'œsophage.

En voyant la petitesse de l'œsophage après l'opération, j'ai été très étonné qu'il eût pu se dilater assez pour contenir la broche que j'avais sous les yeux; or, le bouton de Schramm est encore plus large. Pour me rendre compte de cette extensibilité, j'ai fait quelques recherches sur des cadavres d'enfants de six mois.

La largeur moyenne de l'œsophage au-dessous du cartilage thyroïde est de 7 millimètres, un peu plus large au-dessous. Sa couleur est rose pâle; il est aplati, forme un ruban allongé, mobile latéralement. Ayant essayé de faire passer la broche dans l'œsophage, je fus obligé de la pousser très fortement pour lui faire franchir l'extrémité supérieure; puis elle passa assez bien; mais je m'aperçus que les fibres circulaires de l'œsophage avaient cédé sous ma pression, tandis que la muqueuse et les fibres longitudinales avaient résisté.

Il y a donc là un fait important à noter. C'est l'excessive dilatabilité de l'œsophage sur le vivant.

Bien que les auteurs recommandent de suturer séparément la muqueuse et les autres tuniques, j'ai cru pouvoir m'en dispenser chez mon malade parce que cette pratique m'a paru très difficile à exécuter sur un œsophage aussi petit et que j'avais hâte de terminer l'opération. Je pris donc dans la suture toutes les tuniques de l'œsophage. Schramm fit autrement, car il ne comprit pas dans la suture la muqueuse œsophagienne, et en cela il fit bien, puisqu'il obtint une réunion immédiate.

L'observation de notre confrère de Lemberg, dont j'ai publié la traduction, est en quelque sorte identique à la nôtre, sauf qu'il s'agissait d'un enfant plus

âgé, un an, et que le corps avalé était un bouton d'uniforme en porcelaine, sans aspérités ; il mesurait 2 centimètres de diamètre et avait 1/2 centimètre d'épaisseur. L'opération fut pratiquée le 3 novembre 1893, trois jours seulement après que le bouton eut été avalé. Schramm sutura l'œsophage avec une suture de Karschuer à la soie fine ; mais ne comprit pas la muqueuse dans la suture.

Le 14 novembre, la plaie était tout à fait guérie et jamais une goutte de lait n'était sortie par la plaie du cou.

Au moment où il a publié cette observation, Schramm pensait que son malade était le plus jeune des opérés pour corps étrangers du pharynx. Aprés lui viennent l'enfant de seize mois opéré par Mac Lean et une fillette de deux ans opérée par Gerster.

Aujourd'hui (que l'on me passe cette expression), je crois que le record du plus bas âge en cas d'œsophagotomie externe m'appartient sans conteste.

Dans les deux cas, nous voyons un corps étranger de l'œsophage ne pouvoir être retiré par les voies naturelles. Les essais infructueux d'extraction sont suivis d'œsophagotomie externe au troisième jour dans un cas, au quatorzième dans l'autre, et l'opération est relativement facile dans les deux cas. On constate chez l'un des enfants, celui où toutes les tuniques œsophagiennes ont été comprises dans la suture, l'échec de la réunion par premiére intention et le passage des aliments par la plaie. Néanmoins la guérison s'effectue rapidement par bourgeonnements. Chez l'autre, où la muqueuse n'a pas été suturée, il n'y a aucune issue d'aliments et la plaie de l'œsophage se réunit directement.

La cicatrisation rapide de l'œsophage et des tissus voisins sans persistance de fistule n'est pas la moins intéressante des particularités de ces deux faits.

F. — PSEUDO-TUMEURS GAZEUSES OU TUMEURS FANTOMES DU TUBE DIGESTIF CHEZ LES ENFANTS

(Congrès de Neurologie, 1901.)

Dans ce travail sur les tumeurs fantômes du tube digestif, je n'ai voulu m'occuper que de celles qui se sont développées au niveau ou au détriment de l'estomac, tumeurs rares, il est vrai, mais dont j'ai pu réunir six cas, et comme trois d'entre eux ont trait à des enfants, ce sont surtout ces trois cas que j'ai voulu étudier.

Ces tumeurs fantômes sont des tumeurs gazeuses, développées dans un segment du tube digestif (estomac dans ces six observations), tumeurs donnant l'apparence d'une grosseur limitée, à parois bien déterminées et pouvant être confondues avec une tumeur solide ou liquide.

La première observation, très détaillée, est celle d'une jeune fille de treize ans qui fut fortement serrée au niveau du creux épigastrique entre un timon de charrue et un arbre. Trois mois plus tard, elle constata la présence d'une tumeur dans la région du creux épigastrique. Après avoir revu l'enfant à diverses reprises pendant six mois et avoir toujours constaté l'existence de cette tumeur volumineuse, qui était mate en haut et sonore en bas, j'ai diagnostiqué un kyste hydatique du foie recouvert en bas par le côlon transverse.

L'opération décidée fut pratiquée au mois d'octobre 1896, dix mois après l'accident du début. Sous le chloroforme, la tumeur disparut; mais je crus devoir continuer l'opération et j'arrivai sur le lobe gauche du foie étalé et repoussé en avant et sur l'estomac flasque, ridé comme une poche dont on aurait vidé brusquement le contenu. Cette tumeur fantôme était donc due à une pneumatose stomacale. Les suites de l'opération furent très heureuses et la tumeur n'a jamais plus reparu. L'enfant a été revue cinq ans après l'opération et continue à se bien porter.

La deuxième observation est celle que le Dr Moizart a publiée en avril 1894 dans le journal de Lucas-Championnière; il s'agit aussi d'une fillette; elle est âgée de onze ans et présente au niveau de la région épigastrique une tumeur volumineuse occupant tout l'épigastre et envahissant les deux régions hypocondriaques. On l'avait prise pour un kyste hydatique du foie. Lorsqu'on chloroformait la fillette, la tumeur disparaissait, mais pour se reproduire aussitôt après.

La troisième observation s'occupe d'un petit garçon de six ans, très nettement atteint de nervosisme, qui, depuis dix-huit mois, est pris subitement de douleurs de l'abdomen accompagnées de la formation d'une tumeur très étendue, rénitente, sonore, siégeant au creux de l'estomac. Ces accidents disparaissent cinq à quinze minutes après leur apparition et se reproduisent fréquemment, tous les trois ou quatre jours. L'enfant souffre et se plaint beaucoup.

Dans ces trois observations, il s'agit d'enfants; mais j'ai cité encore trois observations de tumeurs limitées dans la région épigastrique et qui appartiennent à des adultes ;

a) Celle que Potain a publiée (*Semaine médicale*, 27 mai 1896) et qui fut ponctionnée une fois par Désormeau et deux fois par lui-même;

b) Une observation de Da Costa (de Philadelphie), 1876, où une jeune fille hystérique présentait une tumeur de l'épigastre, tumeur dont le diagnostic paraissait à ce point certain qu'un chirurgien en voulut pratiquer l'ablation. Or, en cherchant la tumeur, le chirurgien pénétra dans la cavité gastrique;

c) Enfin Leube en cite une troisiéme, plus petite, très bien limitée, qui ne fut pas opérée parce qu'au moment de l'opération elle disparut sous l'influence du chloroforme.

Pour expliquer ces tumeurs je n'ai fait jouer aucun rôle à la contracture des muscles des parois de l'abdomen, contractures qui ne sont que secondaires à la formation de ces tumeurs; ces muscles se mettent simplement en état de défense.

Pour moi, le rôle prédominant dans la formation des tumeurs fantômes du tube intestinal doit être attribué aux fibres lisses de ses parois. On sait quelle est l'importance des contractures et des paralysies de ces muscles lisses dans l'entéro-côlite muco-membraneuse; aussi, je pense que ces tumeurs limitées de l'intestin doivent être expliquées par l'entrée en action des fibres lisses d'un segment du tube intestinal. Les fibres circulaires se contractureraient aux deux bouts du segment en emprisonnant entre elles soit des gaz de l'intestin, soit des gaz provenant d'une pneumatose limitée. Enfin, si les muscles des parois abdominales entrent eux aussi en état de contracture, ils ajoutent encore à la tension, à la dureté de cette tumeur.

Pour expliquer les tumeurs fantômes de la région épigastrique qui, pour moi, sont formées par l'estomac, et sont cependant compatibles avec les digestions, je fais jouer le même rôle aux muscles lisses de l'estomac; mais là les fibres obliques de la tunique musculaire stomacale entrent en action. Les fibres les plus élevées de cette couche profonde forment un ruban qui se prolonge en avant et en arrière, parallèlement à la petite courbure ; en se contractant elles donnent naissance à un canal qui longe la petite courbure et à travers lequel les liquides ingérés peuvent se rendre directement de l'œsophage dans le vestibule pylorique.

J'ai cru pouvoir admettre que sous une influence quelconque, hystérique ou traumatique, une contracture pathologique de ces fibres peut se produire, contracture de longue durée, comme cela a lieu pour les muscles lisses, et que cette contracture peut diviser l'estomac en deux parties :

a) Le canal qui laisse le passage aux liquides et aux aliments plus ou moins solides ;

b) La grande cavité qui, fortement tendue, constituerait une tumeur gazeuse.

Voici les conclusions de ce travail :

1° On rencontre dans l'abdomen, et même au niveau de l'estomac, des pseudo-tumeurs gazeuses bien limitées ;

2° Ces pseudo-tumeurs existent aussi chez les enfants ;

3° Elles sont dues à des contractures des fibres lisses d'un segment de l'intestin, probablement accompagnées d'une pneumatose limitée à ce même segment ;

4° Elles peuvent s'accompagner de contractures des muscles striés des parois de l'abdomen ;

5° Ces contractures de la tunique musculaire de l'intestin sont sous la dépendance du système nerveux abdominal dont le fonctionnement est modifié par un état neurasthénique ou hystérique antérieur, ou peut-être par un traumatisme ou une lésion de la muqueuse.

G. — DEUX CAS DE CONTUSION DE L'ABDOMEN

(*Limousin médical*, janvier 1905.)

Un ouvrier se frappa la région épigastrique avec l'extrémité d'un brancard de brouette. Aucun symptôme pendant les premiers jours. Le 4e, les accidents graves apparurent brusquement et se développèrent rapidement. Le malade succomba. A l'autopsie, je trouvai une escharre et une perforation intestinale, suivie d'inondation du péritoine.

Un enfant ayant reçu un coup de pied d'âne dans l'abdomen, les symptômes ne se montrèrent encore que le 4e jour (douleur, facies péritonéal, vomissement). Laparotomie. Le péritoine contenait un liquide louche. Les anses intestinales étaient agglutinées et elles étaient si distendues par les gaz que je considérai ce météorisme comme une contre-indication à une intervention prolongée. Je me bornai à faire la toilette du péritoine et à établir un drainage soigné. Dès le soir, l'enfant allait mieux et il guérit.

II

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

A. — FRAGMENT D'OBUS LOGÉ DANS LA CLOISON MÉDIANE DU NEZ

(*Société anatomique*, 1874.)

Je m'aperçus qu'un malade, entré à l'hôpital pour une bronchite, avait de l'ozène. L'exploration rhinoscopique me fit reconnaître, à la partie supérieure de la cloison du nez, un corps noir, légérement mobile, que je pris pour un séquestre; je l'arrachai avec une pince. Je fus fort étonné de voir que le prétendu séquestre était un éclat de plomb provenant du manchon d'un obus. Le malade raconta qu'à une des batailles de la Loire, en 1870, un obus était tombé à côté de lui : à ce moment, il avait senti quelque chose le frapper au visage et il avait saigné du nez. Il avait cru que c'était de la terre qui avait été projetée par la chute de l'obus. Depuis lors il avait toujours eu de la peine à respirer par les narines, et il se plaignait d'un écoulement sanieux continuel. Le fait le plus curieux est que ce fragment avait pénétré dans le nez sans produire de plaie extérieure : il s'était logé à cheval sur la cloison, après l'avoir perforée. Tout autour, les bords de la solution de continuité étaient noirâtres, colorés par du sulfate de plomb.

B. — TUMEUR GAZEUSE DU COU

(*Association française pour l'avancement des sciences*, 1890, *p.* 241.)

J'ai présenté à l'Association un enfant de trois ans et demi, porteur d'une tumeur gazeuse au cou. Quelques jours après sa naissance, il fut atteint d'une coqueluche des plus violentes; vers la fin du premier mois apparut, dans le triangle sus-claviculaire gauche, une petite tumeur qui atteignit en

trois mois le volume d'un gros œuf de dinde. Elle était arrondie, de consistance mollasse, insensible, sonore à la percussion, diminuant pendant l'inspiration, augmentant pendant l'expiration et les efforts, mais était incomplètement réductible par la pression.

La phonation, la respiration et la déglutition étaient normales; je reconnus une trachéocéle que je classai dans la 3e série des faits relatés par M. le Dr L.-H. Petit. Cette catégorie comprend les aérocéles qui se sont développées lentement, en s'entourant d'une poche produite par le tassement du tissu conjonctif de la région. Elles restent en communication constante avec la trachée et guérissent très rarement spontanément.

Au mois d'octobre dernier, deux ans aprés le développement complet de la tumeur, la poche fut froissée, contusionnée par un des petits camarades de l'enfant. Elle s'enflamma, faillit suppurer. Il se produisit un noyau induré qui persista jusqu'à ces derniers temps; mais la poche diminua et aujourd'hui elle n'a plus que le tiers de son ancien volume.

J'avais l'intention d'attendre que cette évolution rétrograde soit terminée avant d'intervenir.

J'ai su, depuis cette communication, que l'aérocèle a guéri spontanément.

C. — PLEURÉSIE PURULENTE. OPÉRATION DE L'EMPYÈME PAR LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE

(*Journal de la Société de médecine de Limoges*, 1885.)

J'ai publié cette observation à cause de la rapidité de la marche de cette pleurésie, et aussi à raison de sa guérison qui survint trés vite après l'empyème et que j'attribuai à la méthode antiseptique très rigoureuse qui fut employée et suivie.

III

SYSTÈME NERVEUX

A. — **1° Sur un cas d'hydrocéphalie par oblitération de l'aqueduc de Sylvius et du quatrième ventricule** (*Congrès de Moscou.* — *XIIe Congrès international*, août 1897, p. 79).
2° Sur le traitement chirurgical de l'hydrocéphalie. (1897, Imprimerie Monneri.)
3° Sur un cas d'hydrocéphalie par oblitération des trous de Monro. (*Limousin médical*, 1899.)

J'ai fait cette étude après une autopsie pratiquée sur un enfant hydrocéphalique.

Le 15 juin, on conduisit dans mon service de l'hôpital de Limoges un petit garçon hydrocéphale âgé de huit mois et demi. A la naissance, la tête paraissait normale et l'enfant bien constitué; ce n'est que vers le sixième mois que des convulsions survinrent, très violentes dès le début, très nombreuses (15 à 20 par jour) et que la tête commença à grossir. Ce cortège d'accidents continua jusqu'au moment où l'enfant entra dans mon service. Alors la tête présentait 55 centimètres de tour et les convulsions revenaient jour et nuit. Toutefois l'enfant se nourrissait suffisamment quoiqu'il souffrît et criât sans cesse. La tête, régulièrement globuleuse, à sutures largement ouvertes, à parois orbitaires supérieures relevées, présentait l'aspect classique habituel que je crois inutile de décrire.

J'hésitais à faire l'opération, étudiant le malade avec soin, lorsque subitement il succomba le 24 juin, neuf jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, je trouvai les méninges normales; mais le liquide sous-arachnoïdien n'existait pas; il y avait à peine une légère humidité. La substance cérébrale, très pâle, avait une épaisseur d'environ 5 millimètres. Toutes les circonvolutions étaient marquées, sans profondeur toutefois.

Le liquide céphalo-rachidien sortit brusquement, en déchirant la substance cérébrale en un point, donnant un jet à l'extérieur, indiquant ainsi qu'il était soumis à une pression intérieure. Ce liquide était jaune verdâtre; il y en avait un litre environ. La cavité qui le contenait était formée par les trois ventricules céré-

braux communiquant par la cloison transparente déchirée et les trous de Monro largement ouverts. Ce qui me frappa surtout, ce fut l'épaisseur de l'épendyme qui avait un millimètre au moins et qui était fortement coloré en jaune. Il tapissait toute cette cavité et fermait l'anus de l'aqueduc de Sylvius. La tente du cervelet était fortement déprimée; mais le cervelet, dont la face supérieure était aplatie, avait, sauf cette particularité, son aspect habituel. J'examinai minutieusement le trou de Magendie. Vu de l'extérieur, il me parut ne rien présenter de particulier, ayant autour de lui les petits tractus habituels.

Il en était tout autrement du quatrième ventricule et de l'aqueduc de Sylvius. Sur des coupes sagittales, je trouvai l'aqueduc et le quatrième ventricule comblés par l'épendyme hypertrophié. Il n'y avait plus de cavité, même virtuelle, tout étant occupé par l'épendyme qui, coloré en jaune, représentait le moule de ces cavités. Il y avait donc oblitération de ces voies, et le liquide céphalo-rachidien des ventricules cérébraux ne pouvait plus communiquer avec celui du quatrième ventricule et des espaces sous-arachnoïdiens.

Je dois ajouter que la moelle était saine et que je trouvai autour d'elle une quantité normale de liquide.

J'ai cru, en me basant sur cette observation, qu'on pouvait poser les conclusions suivantes :

1° Dans certains cas, l'hydrocéphalie est due à l'oblitération des voies ventriculaires postérieures. Les ventricules antérieurs ou cérébraux étant isolés, mais continuant à sécréter, se transforment en cavité close, en une espèce de kyste dont le contenu augmente toujours et produit, par une poussée excentrique, les accidents que l'on observe du côté du cerveau et des enveloppes craniennes;

2° En présence de lésions épendymaires aussi accentuées, on peut se demander si cette membrane n'est pas, plus fréquemment qu'on ne le croit, la cause de l'hydrocéphalie, et s'il n'y a pas lieu de lui faire une plus grande part dans la pathogénie de cette affection;

3° Au point de vue thérapeutique, il semble que la seule opération qui conviendrait en pareil cas serait celle qui permettrait de rétablir la communication entre les cavités ventriculaires antérieures et l'espace sous-arachnoïdien, chose évidemment bien difficile.

Sans vouloir me prononcer définitivement sur le manuel opératoire, je serais disposé, le cas échéant, après avoir fait la craniectomie au niveau de la

scissure sylvienne, au-dessus de l'insula de Reil, à faire communiquer largement la cavité ventriculaire avec le fleuve sylvien. J'aurais ainsi une large voie d'écoulement pour le liquide ventriculaire qui, en suivant le fleuve sylvien, les lacs de la base du cerveau et les canaux péri-protubérantiels et bulbaires, arriverait facilement autour de la moelle. Mais comment établir définitivement cette ouverture ? Ne pourrait-on pas, s'il était reconnu qu'elle se referme d'elle-même, y maintenir à demeure un double bouton creux de caoutchouc, puisqu'on reconnaît la tolérance du cerveau pour ce corps ? Ce bouton ferait communiquer la cavité ventriculaire avec les espaces sous-arachnoïdiens.

En tout cas, je crois qu'une suture très complète de la dure-mère et même de l'arachnoïde serait nécessaire pour éviter l'écoulement du liquide à l'extérieur et aussi pour empêcher toute infection de la plaie par des pansements ultérieurs.

C'est à cause des résultats désolants fournis par les craniectomies suivies du drainage extérieur que je me suis décidé à publier cette observation et ces conclusions.

Depuis, j'ai fait une deuxième autopsie d'un enfant hydrocéphalique. Les deux trous de Monro étaient oblitérés et la poche hydrocéphalique, très considérable, occupait les deux ventricules latéraux, le septum lucidum ayant été déchiré. Le troisième ventricule très déprimé, aplati, existait et était sans communication avec la poche principale.

B. — NÉVRALGIES REBELLES DU NERF MAXILLAIRE SUPÉRIEUR ÉLONGATION

(*Revue de Chirurgie*, 1882.)

Je publiai cette observation parce que la névralgie datait de douze années déjà et qu'elle amenait des crises paroxystiques très fréquentes. Tous les rameaux non ganglionnaires du nerf maxillaire supérieur étaient atteints, excepté le nerf alvéolo-dentaire postérieur. Les rameaux venant du ganglion de Meckel nous ont semblé sains.

L'élongation fut faite dans la fosse sphéno-maxillaire. Le malade, deux ans après, n'avait pas été repris de douleurs.

Sur un autre malade, qui était atteint de névralgie du nerf maxillaire supé-

rieur depuis vingt-deux ans, l'élongation de ce nerf a paru donner une guérison définitive.

J'ai observé vingt-cinq névralgies du maxillaire supérieur pendant ma pratique médicale : vingt-trois étaient du côté droit; deux seulement, du côté gauche.

C. — PARALYSIE SPINALE ANTÉRIEURE AIGUË DE L'ADULTE, PARALYSIE DES MEMBRES SUPÉRIEURS PAR L'ATROPHIE DES CELLULES DES CORNES ANTÉRIEURES DE LA MOELLE, ATROPHIE LIMITÉE AU RENFLEMENT BRACHIAL

(*France médicale*, 1874. En collaboration avec M. Desnos.)

Il est accepté aujourd'hui que presque tous les cas de paralysie atrophique de l'enfance généralisée sont dus à des lésions des cornes antérieures de la moelle. Ultérieurement les travaux de Duchenne, ceux de Charcot ont démontré que cette même paralysie atrophique pouvait se produire chez l'adulte et être liée aux mêmes lésions. Mais ces sortes de paralysies sont plus rares chez l'adulte que chez l'enfant. C'est ce qui nous a engagé à publier cette observation, qui a présenté cette particularité intéressante que la paralysie atrophique, au lieu d'être généralisée, était limitée aux membres supérieurs, c'est-à-dire aux muscles, dont l'innervation a sa source dans le renflement brachial de la moelle. Nous avons établi par la discussion qu'il s'agissait bien ici d'une altération des cornes antérieures de l'axe spinal et non d'une pachyméningite cervicale.

IV

MALADIES GÉNÉRALES

A. — RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE AVEC COMPLICATIONS CARDIAQUES ET ACCIDENTS ENCÉPHALIQUES

(*Progrès médical*, 1874, p. 756. En collaboration avec M. Desnos.)

A l'époque où fut publiée cette observation, les déterminations cardiaques en rapport avec la blennorrhagie, bien que déjà constatées par certains auteurs, étaient cependant rares. Quant aux accidents cérébraux, ils n'avaient pas encore été observés, et c'est ce qui explique l'intérêt qui s'attachait à cette observation. En effet, sur un homme vigoureux âgé de 35 ans on vit se développer, après une blennorrhagie, du rhumatisme articulaire, puis du rhumatisme cardiaque (souffle aortique), puis de formidables crises épileptiformes, qui se multiplièrent et arrivèrent, en moyenne, à 12 par heure. Lorsque, au bout de quelques jours, les accidents cérébraux disparurent, une nouvelle rechute au genou se reproduisit.

B. — ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE A ÉVOLUTION GRAVE

(*Journal de la Société de médecine de Limoges*, 1884.)

Dans cette épidémie, qui a sévi plus particulièrement sur la garnison, j'ai noté la gravité et la multiplicité toute particulière des complications pulmonaires, l'un des malades même ayant succombé à son entrée à l'hôpital d'un catarrhe suffocant, les autres ayant pour la plupart une gêne respiratoire extrêmement prononcée. Pendant ce temps, d'autres faits bizarres se présentaient :

Un officier, bien portant la veille, fut trouvé dans sa chambre dans le coma et mourut à l'hôpital quelques heures plus tard.

Un chasseur à cheval fut transporté à l'hôpital dans un état analogue. Le coma était moins profond, mais il eut le même jour 29 attaques d'éclampsie. Ses urines étaient caractéristiques de la néphrite (albumine, caractères microscopiques). Il guérit rapidement.

Un autre chasseur fut pris à la caserne d'attaques d'éclampsie; il en eut d'autres le même jour à l'hôpital et ses urines avaient de l'albumine et des cylindres épithéliaux.

Un autre soldat et un sergent eurent du coma, sans crises d'éclampsie. Les urines, dans les deux cas, avaient beaucoup d'albumine et des cylindres épithéliaux; ils guérirent d'ailleurs très vite.

Aucun de ces malades n'a eu la rougeole; mais tous vivaient dans un milieu rubéoleux et tous, sauf l'officier, ont guéri très rapidement. Je me suis demandé si cette forme tout à fait insolite de néphrite n'était pas une manifestation fruste de la rougeole.

C. — NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE CHEZ LES ENFANTS

(*Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, juillet 1885.)

Dans cette note j'ai signalé la gravité plus grande de la rougeole chez les enfants enfermés dans des appartements trop petits; la nécessité d'aérer les pièces occupées par les rougeoleux et le danger de surcharger ces malades de couvertures pour les faire suer.

Quant à l'évolution de l'éruption, j'ai fait remarquer que le début a lieu communément sur les parois buccales, au niveau des molaires et sur le voile du palais.

DE LA SUETTE MILIAIRE

(*Journal de la Société de Médecine de la Haute-Vienne*, mai 1887.)

Au moment de l'épidémie de suette miliaire de Bussière-Poitevine, je me transportai dans la région infectée. Toutes les études bactériologiques que j'ai faites à ce moment ne m'ont donné aucun résultat, ayant été viciées par des difficultés de technique.

La seule observation que j'ai pu faire, c'est que les nourrices ne semblaient pas transmettre la suette à leurs nourrissons. J'ai vu, dans le même village, deux femmes étant en état de lactation et ayant la suette. Elles ont continué à donner le sein et les enfants n'ont pas été malades. La sécrétion lactée était diminuée, mais non tarie.

V

APPAREILS GÉNITO-URINAIRES

A. — CORPS ÉTRANGER INTRODUIT DANS L'URÈTHRE

(*Société anatomique*, 1874.)

Je présentai à la Société la tige en verre d'un alcoomètre que je venais de retirer de l'urèthre d'un homme de 70 ans. La tige s'était brisée à un pouce environ du méat urinaire, et le fragment inclus dans l'urèthre avait une longueur de près de 12 centimètres. Il ne pouvait sortir, étant retenu par les pointes aiguës du verre brisé.

B. — HYPERTROPHIE SOUS-VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS

(*Société anatomique*, janvier 1873.)

Il s'agissait d'une femme de 87 ans. L'utérus et le col avaient 10 centimètres de long : 5 pour l'utérus, 4 pour la partie sous-vaginale du col et pour la partie sus-vaginale. Il y avait une oblitération de l'orifice cervico-utérin, situé à 4 cent. 1/2, et la cavité utérine était remplie par un liquide sanguinolent (environ 20 grammes). Les hypertrophies du col doivent être rares chez les femmes âgées, car le col s'atrophie au contraire chez ces dernières, comme on l'observe si souvent à la Salpêtrière.

C. — OPÉRATION D'EMMET

(*Journal de la Société de Médecine de la Haute-Vienne*, 1885.)

Lecture d'un mémoire comprenant sept opérations d'Emmet toutes personnelles.

VI

BACTÉRIOLOGIE. — ANATOMIE

1. — ÉTUDE SUR L'AIR DE LA VILLE DE LIMOGES ET DES FABRIQUES DE PORCELAINES.

a. — *Limoges, imprimerie Ducourtieux*, 1886.

b. — *Journal de la Haute-Vienne*, 1885.

J'ai spécialement étudié les corpuscules tenus en suspension dans l'air de la ville de Limoges. Pour les recueillir, je me suis servi de l'aéroscope de Pouchet, modifié par Schœnauer et l'aspiration était faite par l'aspirateur à eau, ou par la trompe en usage à l'observatoire de Montsouris.

a) **Poussières d'origine minérale.**

Au moyen de ces procédés j'ai trouvé que les poussières d'origine minérale les plus répandues étaient des corpuscules terreux; des fragments de granit, de silex; des corpuscules de pâte à porcelaine et enfin de très nombreux débris de suie et de charbon. Le nombre, relativement considérable, des poussières de porcelaines ne peut cependant avoir aucune importance en dehors de l'air des fabriques.

Dans les ateliers il n'en est pas de même, car certains ouvriers, les espasseurs, les retoucheurs et les ouvriers porcelainiers proprement dits vivent dans une atmosphère surchargée de ces poussières.

Les espasseurs sont les ouvriers chargés d'épousseter avec un plumeau (nommé espassin) les piéces de porcelaine qui ont subi la cuisson du globe. Ces pièces sont recouvertes de tous les débris du four qui ont été entraînés dans le globe par le tirage des flammes. Dans les fours chauffés au bois ces poussiéres contiennent surtout de la potasse, du charbon et du dégourdi de porcelaine qui est un silicate doublé d'alumine et de potasse. Pour les recueillir, j'ai placé l'aéroscope à 1 m. 50 de deux espasseurs en plein travail. J'ai trouvé qu'un

mètre cube de l'air qu'ils respiraient contenait 640 millions de grains de poussiéres.

Les retoucheurs, dont le travail consiste à enlever la poussière d'émail sur les piéces de porcelaine bien séchées, vivent dans une atmosphère qui contient par mètre cube 680 millions de grains; mais ils sont plus petits, plus lourds et restent moins longtemps en suspension dans l'air. Aussi ces ouvriers paraissent avoir autour d'eux un nuage moins opaque, quoique en réalité le nombre des grains soit plus considérable.

Les ouvriers porcelainiers proprement dits ont aussi autour d'eux des poussières en très grande quantité; mais comme ils se servent de pâte qui n'a subi encore aucun degré de cuisson, les corpuscules recueillis dans la glycérine forment, avec cette substance, une pâte homogéne sur laquelle aucune numération n'est possible. J'ai fait copier sur le compte-globule Malassez ces trois espéces de poussiéres. On pourra se rendre compte des aspects différents qu'elles présentent.

Les chiffres que je viens d'indiquer sont vraiment étonnants et vous me taxerez peut-être d'exagération. Mais si j'ai commis une erreur, c'est en indiquant un chiffre au-dessous de la vérité, car l'aéroscope laisse toujours échapper des poussières dont je n'ai pas tenu compte dans la numération précédente.

Ces chiffres, à eux seuls, expliquent la fréquence des bronchites et des affections thoraciques que l'on observe dans les fabriques, et aussi l'existence de calculs formés d'agglomérats de poussières de porcelaines que plusieurs de nos collègues ont recueillis, *post mortem*, dans les poumons des porcelainiers.

b) Poussières d'origine organique.

Elles sont toujours trés nombreuses. Les unes sont des fragments de végétaux, des débris de vêtements; des poils de laine, de coton; des écailles d'ailes de papillon, etc.; les autres sont des cellules végétales organisées, telles que les grains de pollen et les spores des moisissures.

Les grains de pollen sont très nombreux dans notre pays, et sont dus à la luxuriante végétation du Limousin. On les trouve partout, même dans l'intérieur des maisons, où ils pénètrent facilement grâce à leur légéreté spécifique.

Les spores des moisissures s'observent en trés grande quantité, et leur grand nombre est dû surtout à l'humidité qui favorise leur développement sur notre sol, sur les pierres, sur les toits des maisons. Une des plus fréquentes est

le *penicillium glaucum*, moisissure bleue qui envahit si facilement les confitures, le pain, le fromage.

c) **Poussières formées par des germes vivants.**

J'ai été obligé, après avoir recueilli l'air des places de la ville, d'employer la méthode des cultures pour reconnaître les germes vivants de l'atmosphère. Après bien des expériences et de longues études, j'ai trouvé que nous avions à Limoges 224 bactéries par mètre cube d'air, en faisant abstraction des moisissures. A l'observatoire de Montsouris, placé dans de vastes jardins, près des fortifications, le docteur Miquel n'en a trouvé que 75. Par contre, dans la rue de Rivoli, la moyenne des germes est de 880 par mètre cube.

J'ajouterai même que la proportion de nos bactéries doit être un peu plus élevée que celle que j'indique, car c'est à une époque où des pluies abondantes avaient nettoyé l'atmosphère que les expériences ont été faites.

B. — DE L'ŒSOPHAGE CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE

(*Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, nos 23 et 24 — 1897.)

Dans les recherches que j'ai faites sur des cadavres d'enfants très jeunes, la partie cervicale de l'œsophage est plus grande qu'on ne le croit tout d'abord, surtout si le cou est mis dans l'extension exagérée. On peut donc l'aborder dans une assez grande étendue.

A la naissance, la longueur totale de l'œsophage est de 12 centimètres, la portion cervicale mesurée du cricoïde à la fourchette sternale est de 3 centimètres et demi.

A six mois, la longueur de l'œsophage est de 13 centimètres; sa partie cervicale, mesurée depuis le bord inférieur du cartilage cricoïde jusqu'à la fourchette, est de 4 centimètres et demi.

C'est dans toute cette étendue que le chirurgien peut l'ouvrir.

D'autre part, si on examine la région du cou, évidemment on la trouve très courte chez un enfant de six mois; mais, si on l'étale en quelque sorte en portant la tête en arrière et dans la rotation à droite ou à gauche, on s'aperçoit qu'elle a des limites bien suffisantes pour permettre une intervention facile.

En effet, on trouve les longueurs suivantes : de la pointe de l'apophyse

mastoïde à l'articulation sterno-claviculaire, 9 centimètres et demi ; de l'angle de la mâchoire à cette même articulation, 8 centimètres.

La largeur moyenne de l'œsophage chez les enfants de six mois est de 7 millimètres.

C. — ANÉVRYSME DIFFUS DU TRONC DE L'INTEROSSEUSE ANTIBRACHIALE

(*Limousin médical*, novembre 1904.)

J'ai tenu à publier ce cas d'anévrysme diffus du tronc de l'interosseuse antibrachiale, parce que je n'ai pas trouvé d'autres observations d'anévrysme de cette artère et aussi parce que je voulais insister sur un point d'anatomie. D'après les dissections que j'ai faites, la division du tronc de l'interosseuse ne se fait jamais avant que cette artère ait atteint le ligament interosseux. Or, la pointe de couteau de poche qui avait sectionné l'artère avait porté sur la face antérieure du cubitus, donc sur le tronc et non sur l'interosseuse antérieure.

VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — LISÉRÉ PLOMBIQUE DES GENCIVES DANS LA COLIQUE DE PLOMB. EXAMEN HISTOLOGIQUE DE FRAGMENTS DE GENCIVES

(*Association française pour l'avancement des sciences*, 1890, et *Limousin médical*, avril 1891.)

Sur des coupes faites dans un premier fragment de gencives, nous avons parfaitement vu une matière noire, située en dedans des parois des vaisseaux capillaires et occupant tout le calibre de ces vaisseaux. En traitant la préparation par une faible solution d'acide azotique, on voit au bout de quelques heures la coloration noire disparaître. On la voit reparaître si on la soumet à une solution d'hydrogène sulfuré.

Dans une seconde expérience, nous avons traité une deuxième préparation par l'acide nitrique presque pur et immédiatement la matière noire a perdu sa coloration. Nous avons évaporé jusqu'à siccité et puis nous avons fait passer entre les deux verres une solution d'iodure de potassium et nous avons obtenu une couleur jaune-citron.

C'était donc du plomb et on peut affirmer que le tatouage des gencives est formé par du sulfure de plomb contenu dans les capillaires.

Cependant, cette affirmation n'est pas tout à fait exacte, car on trouve aussi autour des troncs capillaires oblitérés de petites granulations noires; mais elles sont en petite quantité.

B. — SARCOME DE L'ORBITE EXOPHTALMOS

(*Limousin médical*, août 1891.)

Cette tumeur s'était développée chez une jeune femme de 22 ans, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé. Elle prit un tel développement et l'œil fut tellement repoussé en avant que les paupiéres parfois passaient derrière le globe oculaire, formant ainsi une sorte de paraphimosis. Cette tumeur, placée derrière la capsule de Tenon, remplissait la cavité orbitaire. Elle était entourée d'une enveloppe celluleuse, mal isolée des parties voisines, et, l'ayant ouverte, il me fut trés facile d'énucléer la tumeur. Elle m'a semblé se développer dans le tissu cellulaire de la loge postérieure de l'orbite, tissu cellulaire qui par refoulement aurait constitué l'enveloppe. J'ai cherché en vain sur les parois de la cavité un point d'implantation.

Au point de vue histologique la tumeur, sur laquelle je fis des coupes dans différents sens était un sarcome fasciculé ossifiant. Sur des coupes microscopiques on sentait d'ailleurs avec le doigt de petites parcelles osseuses, de petits grains dans l'épaisseur du tissu.

C. — CARCINOME AYANT L'ASPECT MICROSCOPIQUE D'UN SARCOME MÉLANIQUE

(*Société anatomique*, 1872, p. 465.)

C'était une tumeur de l'avant-bras, sous-cutanée et adhérente à la peau. M. Trélat en fit l'extirpation, quoique le malade en présentât d'autres sur diverses parties du corps.

A l'œil nu elle avait tous les caractères du sarcome mélanique; mais au microscope on vit qu'il fallait la ranger dans la série des carcinomes.

Le malade mourut moins de deux mois aprés l'opération.

D. — SARCOME DU CREUX POPLITÉ

(*Société anatomique*, 1873, p. 213.)

Cette tumeur, qui s'était développée rapidement dans une région très variqueuse et qui avait saigné beaucoup, avait d'abord été prise pour une tumeur sanguine. Aussi, M. Verneuil l'extirpa au thermocautère, par crainte d'hémorragie.

La tumeur formée de deux lobes présentait dans son tissu de petits foyers sanguins et quelques masses caséeuses.

Au microscope je ne trouvai, sur les coupes, que du sarcome fasciculé.

E. — OSTÉOSARCOME DE L'AVANT-BRAS

(*Société anatomique*, 1873, p. 338.)

Pendant un violent effort un jeune homme, de 22 ans, éprouva une vive douleur dans l'avant-bras et crut sentir un craquement osseux.

Dès le lendemain il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur qui s'accrut rapidement et occupa au bout de quelques mois la plus grande partie de l'avant-bras.

M. Verneuil pratiqua l'amputation du bras le 27 avril. La tumeur était un sarcome rondo-cellulaire (variété petite cellule).

Le jeune homme succomba, le 1er juillet de la même année, emporté par une récidive pulmonaire.

F. — TROIS OBSERVATIONS DE LAPAROTOMIE. TUMEUR FIBREUSE DE LA FOSSE ILIAQUE

(*Journal de la Société de Médecine de Limoges*, janvier 1888.)

A l'époque où je publiai ces trois observations, les laparotomies étaient assez rares et présentaient à ce moment quelque intérêt. Je n'en retiendrai ici qu'une : celle qui a trait à une tumeur fibreuse de la fosse iliaque droite. La dissection de

la tumeur, ou plutôt sa décortication fut difficile, car elle était très solidement unie aux aponévroses de cette région, qui avaient augmenté d'épaisseur et même de nombre. Elle était adhérente à tous ces tissus fibreux que l'on fut obligé de déchirer, surtout dans la fosse iliaque et au niveau de l'arcade crurale. Elle nous a semblé développée aux dépens de toutes ces aponévroses, mais particulièrement aux dépens du *fascia iliaca*. Elle était située en dehors des vaisseaux, occupait la fosse iliaque interne et était placée au-dessus du muscle psoas-iliaque dont les fibres, mises à nu dans un petit espace, étaient pâles et semblaient dégénérées.

Malgré toutes les précautions prises, le péritoine ne put être détaché de la face postérieure et supérieure de la tumeur et fut enlevé avec elle.

La tumeur que j'ai montrée à la Société avait le volume d'une tête d'enfant à terme. Elle était très dure, criait sous le scalpel; avait un aspect gris blanc, lardacé, et présentait l'aspect des fibromyomes utérins. A l'examen histologique je n'ai trouvé que du tissu fibreux, formant des lamelles entre-croisées dans tous les sens. Elle était très peu vasculaire.

KYSTE DERMOIDE DE L'OVAIRE. TORSION DU PÉDICULE. ABLATION. 100 BOULES GRAISSEUSES CONTENUES DANS LA POCHE

(*Revue universelle*, 1889; *Limousin médical*, 1889.)

Une femme de 43 ans portait un volumineux kyste de l'ovaire lorsqu'elle fut atteinte, alors qu'il avait le volume d'une grossesse à terme, de douleurs



FIG. 6.

abdominales qui me firent diagnostiquer une torsion du pédicule. Je l'opérai et je tombai sur une poche à paroi grisâtre, violette, congestionnée, sphacélée, à peu près sphérique, à pédicule profond, tordu cinq ou six fois sur lui-même. Après ligature du pédicule et ablation de la tumeur, j'incisai la poche pour en examiner le contenu. Il en sortit, noyées dans une espèce de bouillon graisseux, un grand nombre de boules de graisse blanchâtres. Leur volume allait de celui d'un œuf à celui d'une noix. Comptées une à une, elles se trouvaient être juste au nombre de cent.

Chaque boule présentait à sa surface des lignes régulières qui formaient de petits carrés et aux points de jonction de ces lignes on voyait sortir de petits poils.

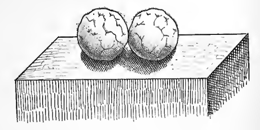


Fig. 7.

Voici la composition chimique de ces boules :

		Centièmes.
Eau		80
Sels minéraux..	Phosphate de *Ca*	0.04
	Sulfate —	0.02
	— de *K*	0.03
	Chlorure —	0.03
Cellules et poils		6.65
Acides	butyrique	0.35
	caproïque	0.96
Corps gras : oléine, margarine, stéarine		10.3
Cholestérine		1.4
		99.98

G. — TUMEUR FIBROÏDE DU DERME SITUÉE AU NIVEAU DE L'ÉPINE DE L'OMOPLATE, PRISE POUR UNE BOURSE SÉREUSE

(*Société anatomique*, 1872, p. 501.)

Cette tumeur fut attribuée au frottement du havresac. Ranvier en fit un fibrome simple et Trélat une hypertrophie fibroïde du derme.

H. — INFECTION PURULENTE D'ORIGINE INTERNE, CONSÉCUTIVE A UNE LUXATION. SOUS-CORACOÏDIENNE.

(*Société anatomique*, 1879, p. 151.)

A la suite d'une chute sur l'épaule droite, un homme de 32 ans eut une luxation sous-coracoïdienne qui fut trés facilement réduite par M. Verneuil. Vingt jours plus tard, ce blessé revint à l'hôpital en présentant des phénomènes généraux très graves en même temps que du gonflement et de la douleur au niveau de l'épaule luxée. Puis des abcés nombreux se formèrent et le blessé succomba, aprés avoir présenté de trés hautes températures, à une infection purulente sans plaie à l'extérieur, d'origine profonde. Je trouvai sept abcès sur différentes parties du corps; mais il fut impossible de découvrir le point de départ de cette infection.

I. — LUXATION SOUS-PUBIENNE

(*Société anatomique*, 1873, page 23.)

Un homme âgé de 30 ans fut renversé par une charrette chargée de vin qui lui passa sur le corps et, outre la luxation sous-pubienne, occasionna une fracture du fémur côté opposé et un écrasement du pied.

La réduction de cette luxation présenta de grandes difficultés à M. Verneuil. Ce malade ayant succombé à ses blessures, je trouvai que la déchirure de la capsule, au lieu d'être en dedans comme dans les luxations sous-pubiennes,

était à la partie antérieure. Le ligament de Bertin était déchiré, tandis que le faisceau fibreux provenant de la crête pectinéale, très résistant chez ce sujet, était entiérement conservé. Le ligament rond avait été déchiré.

J. — HERNIE INGUINALE OBLIQUE INTERNE ÉTRANGLÉE

(*Société anatomique*, 1873, page 719.)

Après quelques jours d'incertitude et d'attente, la hernie fut opérée. L'anse intestinale sphacélée fut ouverte et M. Verneuil fit un anus inguinal. Le malade mourut trois jours plus tard.

C'était bien à une hernie oblique interne qu'on avait eu affaire. L'anse herniée était sortie entre les vestiges de l'ouraque et ceux de l'artère ombilicale, par la fossette inguinale interne par conséquent. A l'anneau inguinal superficiel, l'anse herniée était en contact avec les éléments du cordon qui étaient placés en dehors et en bas.

Limoges. — Imprimerie, librairie et papeterie Brégéras et Sègue.